



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

Date d'envoi _____

Installation _____ Compte # _____
 Nom de patient _____ Prénom _____ MI _____
 SS# _____ Date de naissance _____ Statut matrimonial _____ Phone# _____
 Adresse de patient _____
 Employeur _____ Employeur du conjoint _____

Membres de la famille (Liste Conjoint et enfants à charge de moins de 18 ans, ou comme indiqué sur vos impôts et leur date de naissance):

<i>Nom</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Nom</i>	<i>Date de naissance</i>
1. _____	/ _____	4. _____	/ _____
2. _____	/ _____	5. _____	/ _____
3. _____	/ _____	6. _____	/ _____

LES CANDIDATS DOIVENT SOUMETTRE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS DANS LE MÊME ENVOI À :

*Bon Secours Programme d'aide financière
 P.O. Box 742431
 Atlanta, GA 30374-2431*

S'il vous plaît répondez à chaque question et fournir les renseignements demandés

PATIENTS NON ASSURÉS DOIVENT PARTICIPER AVEC NOTRE FOURNISSEUR D'ASSURANCE D'ADMISSIBILITÉ AVANT DE RECEVOIR UNE ASSISTANCE

DÉCISIONS SERONT RESTITUÉES DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET PARTICIPATION AVEC NOTRE FOURNISSEUR

Veuillez répondre à toutes questions ci-dessous	Si Oui, veuillez fournir ce qui suit pour chaque membre du ménage les prestations.
N'importe quel membre de votre famille est un travailleur indépendant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Remplissez le formulaire d'impôt incluant les taxes d'affaires de la dernière année d'imposition et le trimestre dernier dépôt annonce revenus pour le trimestre
Y a-t-il n'importe quel membre de votre ménage employé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	3 plus récents talons de chèque de paye ou une lettre signée de l'employeur
Y a-t-il n'importe quel membre de votre famille reçoivent des prestations de chômage ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de prestation ou imprimé de chômage extrait du site Web d'État
Y a-t-il n'importe quel membre de votre famille recevant la sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SS lettre de prestation ou relevé complet si le dépôt direct
L'un des membres de votre famille reçoivent une pension de retraite ou retraite ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de Pension/retraite ou un relevé complet si direct dépôt
L'un des membres de votre famille reçoivent des prestations SNAP ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de SNAP
L'un des membres de votre famille reçoivent une pension alimentaire pour enfants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	La Cour a ordonné le document ou la lettre du parent non gardien
Est-ce qu'un membre de votre ménage propres biens de placement ou de location ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Contrat de location/documentation liste de montant de revenu
L'un des membres de votre ménage ont d'autres sources de revenu ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Actions, obligations, biens supplémentaires de CD, etc.... Attachez l'instruction en cours
L'un des membres de votre ménage ont un contrôle, d'épargne ou compte de placement sur le marché monétaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Attachez une copie complète de la déclaration actuelle de 30 jours pour chaque compte
AUCUN REVENU: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si votre foyer n'est vous demandez aucun revenu vous devez avoir la personne qui fournit à votre nourriture, abri, et dépenses quotidiennes signent ci-dessous et indiquent quel type d'assistance qu'ils fournissent	
Je certifie que je (nom) _____ (Numéro de téléphone) _____ fournir la nourriture, des abris et dépenses quotidiennes pour le patient énumérés ci-dessus et/ou un revenu de \$ _____ Mensuel Aide fournie: _____ Signature _____ Relation _____ Date _____	

Les candidats à un VISA doivent fournir une copie de toutes les assurances, financier, et/ou les informations de parrainage fournie pour obtenir le VISA.

>>> Suite <<<



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

Nom de patient _____ Prénom _____ MI _____

Liste de valeurs d'actifs personnels

Revenu annuel du ménage	_____	CD (valeur en espèces)	_____
L'encaisse de l'Argent/Argent en banque/Cpte Épargne	_____	Résidence principale (valeur en espèces)	_____
Loyer mensuel	_____	Autres biens immobiliers (valeur en espèces)	_____
Paiement hypothécaire mensuel	_____	401k (valeur en espèces)	_____

C'est un traitement pour ce service en raison d'un accident? Oui _____ Non _____ **(Programme d'aide financière ne s'applique pas aux traitements associés aux accidents du travail, cosmétiques procédures forfaitaire, accidents ou autres traitements pour lesquels vous recevez une indemnité pour vos frais médicaux, de douleur et de souffrance et d'autres dommages).**

Vous avez une assurance maladie OUI NON (Si OUI, veuillez fournir plus d'informations ci-dessous)

- Nom de l'assurance _____ Nom du titulaire de la politique _____ Politique # _____
- Nom de l'assurance _____ Nom du titulaire de la politique _____ Politique # _____

Je demande par les présentes que Bon Secours Health System Inc., une décision écrite de mon admissibilité à une aide financière. Je comprends que, si les informations dont je soumetts est considérée comme fausse, cette détermination peut entraîner un refus de ma demande et que je peux être tenu responsable pour les frais pour les services fournis. Je certifie que les renseignements ci-dessus sont vraies, complètes et exactes au meilleur de ma connaissance. Je reconnais qu'il est requis pour être considéré pour une aide financière de coopérer avec l'admissibilité du vendeur.

Commentaires additionnels

Signature du responsable: _____ **Date:** _____

Bon Secours Health System Inc., réserve le droit de valider l'information indiqué dans la demande d'aide financière, ces efforts visant à valider le revenu des particuliers ou d'absence de celui-ci, se déroulera de manière à maintenir la plus grande confidentialité et en aucun cas générer n'importe quel rapport de toute agence de bureau de crédit qui pourrait porter atteinte à la vie privée du requérant.

Si vous avez besoin d'aide, veuillez consulter un conseiller financier à l'hôpital Bon Secours le plus proche ou appelez notre service clientèle.

Local Richmond 804-521-9300
Local Hampton Roads 757-215-2777
Du lundi au vendredi de 8:30 à 12:30 et de 13:30 à 16:00